



**HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS**

**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN**

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

<b>FECHA</b>	26/02/2021
<b>NOMBRE SOLICITANTE</b>	Heidy Andueza
<b>NOMBRE DEL SERVICIO</b>	UTI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Quirúrgico	45	45
/			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1095226088



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA

26/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

CRISTINA

NOMBRE DEL SERVICIO

Laura Heredia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Botas desechable	50	50
02	MAS mascarilla	30	30

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Ana Diaz N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Código  
FR-GRF-001

Vigencia  
01/08/2020

Documento  
Controlado

FECHA

20/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Kevin Antrudaga

NOMBRE DEL SERVICIO

UCS

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Paños desechables	45	45
02	Batas desechables	45	45

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1041928088

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS</b>	Versión 3	Código FR-GRF-001
	<b>FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN</b>	Vigencia 01/08/2020	Documento Controlado

FECHA	26-02-21
NOMBRE SOLICITANTE	Emilys Prosea.
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
4	Batas	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Emilys Prosea.</i>
N. Identificación	N. Identificación	1100081858



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA	26/02/21
NOMBRE SOLICITANTE	Fátima Vergara
NOMBRE DEL SERVICIO	Ambulatorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Batón.	20	20
2	Nº 95. Mascarníou.	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Fátima Vergara
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación





HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA

26/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Dary Suarez

NOMBRE DEL SERVICIO

/Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Batas Desechable	6	6
02	Marca de permanente	6	NO

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación Alba Medrano



**HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**  
**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN**

Versión  
3  
 Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001  
 Documento  
Controlado

FECHA	26/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Juan Rojas
NOMBRE DEL SERVICIO	URGENTE.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas Desechable	50	50
02	Guante Desechable	50	NO

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	Juan Rojas



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

Versión  
3

Código  
FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia  
01/08/2020

Documento  
Controlado

FECHA	26/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Dra Mary Denoliza
NOMBRE DEL SERVICIO	Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapas Secas Desechable	50	50
02	Marcador permanente	6	6

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación

*Dra Mary Denoliza*



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA	26/07/21
NOMBRE SOLICITANTE	Victor Gutierrez
NOMBRE DEL SERVICIO	Botánica Principal

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	fajitas	1 caja	1.
/			

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Victor Gutierrez
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



**HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**

**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN**

Versión  
3

Código  
FR-GRF-001

Vigencia  
01/08/2020

Documento  
Controlado

FECHA	26-07-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Vladys Arnest
NOMBRE DEL SERVICIO	1-104411557

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	kit medico	6	6

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Vladys Arnest
N. Identificación	N. Identificación	1-104411557





HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

Versión  
3

Código  
FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia  
01/08/2020

Documento  
Controlado

FECHA

26/02/21

NOMBRE SOLICITANTE

Joseline Vergara

NOMBRE DEL SERVICIO

Ambulatorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	kit Medicos	10	10
2	tapa boca s	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación

*Joseline Vergara*





HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS  
FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3  
Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001  
Documento  
Controlado

FECHA	25/07/2021
NOMBRE SOLICITANTE	ERWIN TORRES
NOMBRE DEL SERVICIO	Aspiracion covid

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	N95	4	4

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Erwin Torres
N. Identificación	N. Identificación	1104417401



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

Versión  
3

Código  
FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia  
01/08/2020

Documento  
Controlado

FECHA

*25-02-2025*

NOMBRE SOLICITANTE

*Candelaria Gómez Calder*

NOMBRE DEL SERVICIO

*Quirófano*

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	<i>Polvos</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
02	<i>Gorros</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación <i>Candelaria Gómez</i>



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión 3

Vigencia 01/08/2020

Código FR-GRF-001

Documento Controlado

FECHA	25-02-21
NOMBRE SOLICITANTE	JOSÉ R. CARRERA
NOMBRE DEL SERVICIO	CONSEJO

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
25-02-21	tarboca MAS.	20	20

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

28/02/2021

Jorge Solano

Mantenimiento

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD  
SOLICITADA

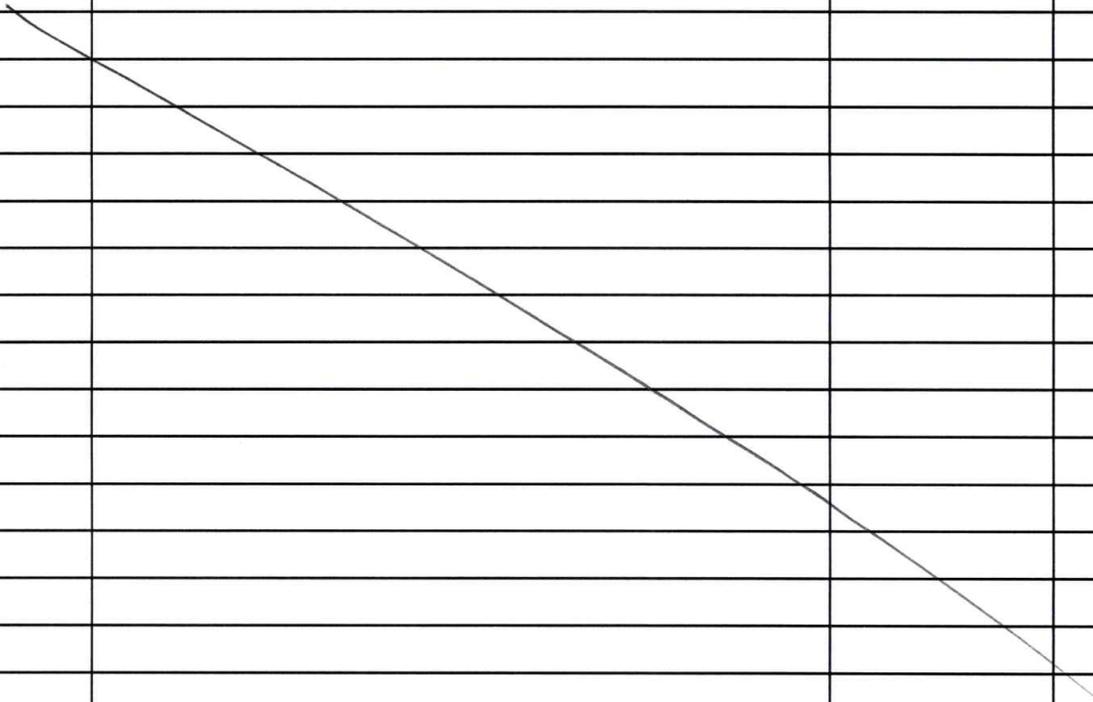
CANTIDAD  
DESPACHADA

01

NaO Mascañlla

7

7



AUTORIZADO

Firma

N. Identificación

DESPACHADO

Firma

N. Identificación

RECIBIDO

Firma

N. Identificación

1704420700



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

25/02/2021

Hector Aníbal

UCI

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD  
SOLICITADA

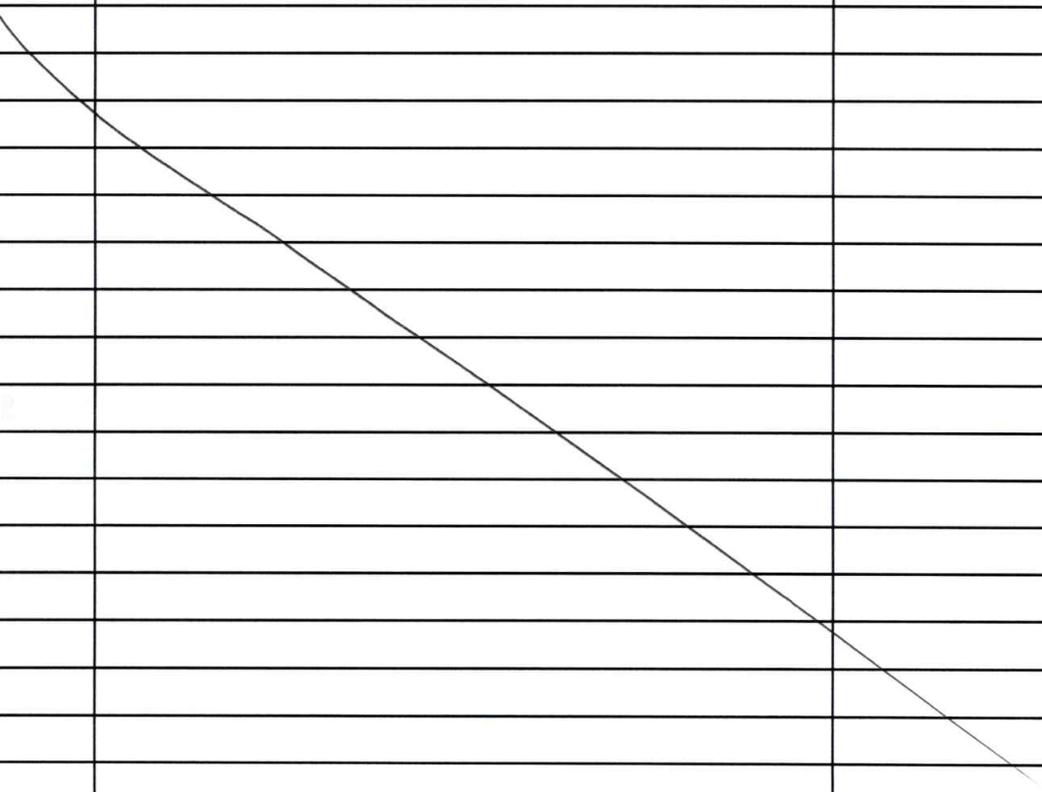
CANTIDAD  
DESPACHADA

01

195 Mascarilla

15

15



AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

Firma

N. Identificación

N. Identificación

N. Identificación

Juanata Bertel.





E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

NIT. 800.191.643-6

SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN

Fecha: 25-2-21

Con destino a: URS

Funcionario que hace la solicitud: Ana Diaz

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	10	NO	Servilletas de papel
2	20	20	Batas de pacientes, Manga forja

AUTORIZADO POR : \_\_\_\_\_ RECIBIDO POR Ana Diaz



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-004

Documento  
Controlado

FECHA

25/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

EDWIN TORRES

NOMBRE DEL SERVICIO

Aspiracion Coupl-

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD  
SOLICITADA

CANTIDAD  
DESPACHADA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	litmeo	1	1

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

EDWIN TORRES

N. Identificación

N Identificación

1.104.417.404



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS  
FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3  
Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001  
Documento  
Controlado

FECHA

25-02-21

NOMBRE SOLICITANTE

Norma Gonz. Merl

NOMBRE DEL SERVICIO

Hospital

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD  
SOLICITADA

CANTIDAD  
DESPACHADA

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Tapabocas Caja	1	1

AUTORIZADO

DESPACHADO

RECIBIDO

Firma

Firma

Firma

N. Identificación

N. Identificación

N. Identificación



**HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS**  
**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN**

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA

28/02/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Kevin Anthonys

NOMBRE DEL SERVICIO

UCI

ÍTEM

DETALLE

CANTIDAD  
SOLICITADA

CANTIDAD  
DESPACHADA

01

Vst Quirórgica

20

20

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma Juan Carlos Becerra
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



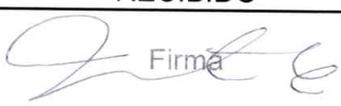
**HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**  
**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN**

Versión  
3  
Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001  
Documento  
Controlado

FECHA	25/02/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez
NOMBRE DEL SERVICIO	LABORATORIO

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Caja de Tapabocas	1	1
2	Kit Quirúrgico	15	15
3	Capiceros	6	6
4	Sharpie Negros	0	0

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	 Firma
N. Identificación	N. Identificación	10478238. N. Identificación



FECHA	25/ feb/ 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Hoy de Sant C.
NOMBRE DEL SERVICIO	Liso tipo

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Plumavitla Dingios caga	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>[Signature]</i>
N. Identificación	N. Identificación	1104417986



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS  
FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3  
Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001  
Documento  
Controlado

FECHA	25-02-2021
NOMBRE SOLICITANTE	Candelaria Gómez Caldera
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirófano

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Pijamas descubiertas V+ @cc.	15	15

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación <i>Candelaria Gómez Caldera</i>





HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA	25/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Juan Alberto
NOMBRE DEL SERVICIO	ambulancia

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
B	Batallas	3	3

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación

*[Handwritten signature and identification number in the RECIBIDO section]*



**HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**

**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN**

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA	24/02/21
NOMBRE SOLICITANTE	Jennifer Alvarez Ealo
NOMBRE DEL SERVICIO	Laboratorio

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Bata Antifluído.	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación 1104926238



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA

NOMBRE SOLICITANTE

NOMBRE DEL SERVICIO

24 12 / 21.  
Geely Cardenas  
Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Gorros	100	100
02	Bata Para Pacientes	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Geely Cardenas Firma
N. Identificación	N. Identificación	1047447048 N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

Versión  
3

Código  
FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia  
01/08/2020

Documento  
Controlado

FECHA

24/2/21.

NOMBRE SOLICITANTE

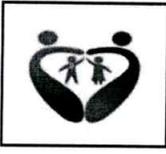
Dreel Cardenas

NOMBRE DEL SERVICIO

Hospitalización

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
	Mascarillas	50	50

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Dreel Cardenas</i>
N. Identificación	N. Identificación	1047446048



**HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS**  
**FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN**

Versión  
**3**  
Vigencia  
01/08/2020

Código  
**FR-GRF-001**  
Documento  
Controlado

FECHA	24/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Sección de Farmacia
NOMBRE DEL SERVICIO	UCI

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Tapabocas Desechable	50	50
02	Toner 58A	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	1071728288



**E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS**

**NIT. 800.191.643-6**

**SOLICITUD DE PEDIDO DE ALMACEN**

Fecha: 24-02-21

Con destino a: Organ

Funcionario que hace la solicitud: Kantkadin

N orden	Cantidad Pedida	Cantidad Despachada	Detalle
1	2	2 cajas	Tapabocas
2	10	NO	Tapabocas N95

AUTORIZADO POR : \_\_\_\_\_ RECIBIDO POR KHsal



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA	24. 02. 2021
NOMBRE SOLICITANTE	Randellina Foreiro Cabotem
NOMBRE DEL SERVICIO	Quirófano

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Sobanes de tela	06	06
02	MASCARILLAS	100	100

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación <i>Randellina Foreiro</i>



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión 3

Vigencia 01/08/2020

Código FR-GRF-001

Documento Controlado

FECHA	04/02/2021
NOMBRE SOLICITANTE	Benjamin
NOMBRE DEL SERVICIO	Odontología

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
01	Kit Odontológico	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	BENJAMIN Firma
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación





HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA

23/feb/2021

NOMBRE SOLICITANTE

Karel Andrea

NOMBRE DEL SERVICIO

Ser General

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1	Botas desechables	12	12
2	Kaseta Dany para	1	1

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	
N. Identificación	N. Identificación	11042165 N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Versión  
3

Vigencia  
01/08/2020

Código  
FR-GRF-001

Documento  
Controlado

FECHA	feb - 23 - 21
NOMBRE SOLICITANTE	Eliana Alvarez J
NOMBRE DEL SERVICIO	S de Alimentación

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
1.	Bata desechable	10	10

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	Eliana Alvarez J
N. Identificación	N. Identificación	N. Identificación



HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN  
MARCOS

Versión  
3

Código  
FR-GRF-001

FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO A ALMACÉN

Vigencia  
01/08/2020

Documento  
Controlado

FECHA	23 / febrero 2021
NOMBRE SOLICITANTE	T.C. RX DANIEL ROBLES
NOMBRE DEL SERVICIO	RX.

ÍTEM	DETALLE	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD DESPACHADA
10	N 95	20	07
03	BATAS	03	03
02	TUALLAS DE PAPEL.	02	NO

AUTORIZADO	DESPACHADO	RECIBIDO
Firma	Firma	<i>Daniel Robles</i>
N. Identificación	N. Identificación	3.840.419







